

ENQUESTA DE SOLICITUD DE ASISTENCIA

Arizona Public Service Company ha establecido específicamente "Operación Alcance" como un medio para educar e informar a los residentes sobre la energía nuclear en general y la Planta Nuclear Palo Verde en específico. Están trabajando estrechamente con las agencias de manejo de emergencias a nivel federal, estatal y del condado para proveer para su salud y seguridad. Esta encuesta es solamente para los residentes que viven en la zona de 10 millas alrededor de la Planta de Generación Nuclear Palo Verde.

El Departamento de Manejo de Emergencias del condado Maricopa usará esta información para evaluar las necesidades e identificar posibles necesidades de transporte de emergencia y refugios. Se hará todo lo posible para apoyar la asistencia solicitada; sin embargo, esto no debe sustituir a la preparación y la planificación individual. Esta información será confidencial y sólo utilizado por las agencias de respuesta de emergencia. Por favor, complete esta encuesta si se necesita ayuda o no.

Si tiene alguna pregunta o desea ayuda para completar esta encuesta, por favor llame al (602) 273-1411 o TDD / TTY (602) 244-1409.

"POR FAVOR IMPRIMA"

| Nombre(s) de Personas Viviendo en el Hogar (Por favor incluya nombre y apellido) | Edad | ¿Necesita Asistencia? |
|--|------|--------------------------|
| | | <input type="checkbox"/> |

Domicilio residencial: Número de casa: _____ Dirección/Calle: _____ Apt. #: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección de correo (Si es diferente): _____

Números de Teléfono(s): Casa: _____

Celular (s): _____ Mensaje de texto: Sí No

Sí No 1. ¿Necesitaría Ud., o algún miembro de su familia (incluyendo a niños o adultos mayores en casa sin atención durante el día) asistencia adicional para salir de su casa en un período corto de tiempo? Por favor marque todos los que apliquen.

- Usa andadera o bastón (Necesario para la movilidad)
- Usa silla de ruedas (Necesario para la movilidad)
- Imposible estar fuera de la cama (No tiene movilidad)
- Usa un Ventilador/Respirator (Se necesita para sostener la vida)
- Usa Equipo de Oxígeno portátil (Necesario para respirar)
- Requiere Electricidad Para Equipo de soporte vital (Necesario para hacer funcionar cualquier aparato para sostener la vida)
- Animal de servicio

Sí No 2. Por favor marque TODAS las opciones que mejor describen su discapacidad o condición médica

- Sordera/Deficiencia auditiva
- Ceguera/Dicapacidad Visual
- Discapacidad cognitiva
- Trastorno del espectro autista
- Convulsiones
- Discapacidad del habla
- Alzheimer/Demencia
- Discapacidad psiquiátrica
- Comunicación no verbal
- Otro: _____

Sí No 3. ¿Necesita usted transporte durante una situación de emergencia?

En caso afirmativo, ¿necesita Transporte accesible (es decir, la silla de ruedas)?

Sí No 4. ¿Tiene usted mascotas? (En caso afirmativo, ¿cuantos animales y de qué tipo?)
